

ПЕНИЦИЛЛИНОТЕРАПИЯ ГОНОРРЕИ У МУЖЧИН

Наиболее ценным достижением последнего времени в борьбе с гонорреей вообще и сульфамидорезистентной в частности следует считать пенициллинотерапию.

По данным Порудоминского, применение пенициллина при различных формах гонорреи в клинике Центрального кожно-венерологического института и в Московских венерологических диспансерах дает эффект в 92%, причем при отрицательных результатах первого курса повторное введение пенициллина приводило к полному излечению гонорреи.

Мы проследили результаты применения пенициллина при различных формах гонорреи у 40 больных. Из них у 10 человек была передняя острая гоноррея, и до применения пенициллина никакому лечению они не подвергались. При микроскопическом исследовании до лечения в выделениях из уретры были обнаружены гонококки. Все больные этой группы получили по 200000 ME пенициллина. Пенициллин вводился по 25000 ME с 2-часовыми интервалами. На второй день после введения препарата в отделяемом уретры гонококки не были обнаружены. Все больные выздоровели. В целях установления излеченности гонорреи после 10-дневного перерыва в лечении, если не было выделений из уретры и моча оставалась прозрачной, мы производили пальпацию простаты и семенных пузырьков, микроскопическое исследование секрета и пальпацию уретры на буже.

При отрицательных результатах этих исследований производилась комбинированная провокация инстилляциями в уретру 0,5 раствора ляписа и инъекцией 500 миллионов микробных тел гонококковой вакцины. Накануне больной выпивал 1—2 бутылки пива. Если в отделяемом уретры гонококков не находили, больного оставляли на один месяц без лечения. По истечении этого срока клиническое обследование повторяли и при благоприятных результатах больного считали выздоровевшим.

Основную группу составили больные сульфамидорезистентной гонорреей (всего 30 человек). У 10 человек давность процесса не превышала одного месяца. В 20 случаях процесс длился от 2 до 6 месяцев. Все больные этой группы явились к нам после безрезультатного лечения сульфамидами, причем

некоторые из них приняли до 80 г сульфамидов. Зачастую лечение производилось бессистемно. У 10 больных острой передней сульфамидорезистентной гонореей пенициллин применялся непосредственно после установления диагноза.

Пенициллин вводился по 200000 МЕ на курс лечения. В первой декаде после введения пенициллина у 9 больных гонококки не были обнаружены и наступило стойкое выздоровление. Лишь в одном случае в отделяемом уретры были обнаружены гонококки. В связи с отсутствием пенициллина больной получил 10,0 сульфидина и местное лечение промываниями уретры теплым раствором марганцовокислого калия в течение 10 дней, после чего симптомы гонорреи исчезли и наступило стойкое выздоровление. Больной до пенициллино-терапии безрезультатно лечился сульфидином и альбуцидом.

Мы проследили результаты лечения пенициллином у 20 больных хронической сульфамидорезистентной гонореей. Больные этой группы чаще всего жаловались на зуд в канале и незначительное слизистогнойное отделяемое из уретры. При этом необходимо отметить, что даже у лиц с давним заболеванием мы не наблюдали столь обычных при хронической гоноррее периодических обострений. Все клинические явления у больных характеризовались вялым течением. У 17 больных этой группы мы обнаружили литренты, у 15 простатиты. (Многие из больных страдали литрентами и простатитами). Необходимо отметить, что наблюдаемые осложнения протекали также вяло, без острых проявлений. При микроскопическом исследовании до лечения у всех больных были обнаружены гонококки. В 3 случаях гонококки были найдены лишь после провокации.

Наблюдения Порудоминского, Залуцкого, Заиграева и других авторов показали, что при введении разовых доз пенициллина от 20000 до 100000 МЕ уровень концентрации препарата в крови одинаков, но гонококки из уретральных выделений исчезают быстрее при дозе 50—60 тысяч МЕ пенициллина. Многие считают, что это зависит от того, что при более высокой дозе пенициллина происходит значительная адсорбция и большее накопление его в пораженной ткани. До сих пор не удалось установить закономерной зависимости между лечебным эффектом и содержанием пенициллина в крови и моче. Уровень концентрации пенициллина в крови в безуспешно леченных случаях колеблется в таких же пределах, как у выздоровевших больных.

Многие считают, что терапевтический эффект при лечении гонорреи пенициллином зависит не от концентрации препарата в крови, а от степени накопления его в пораженной ткани.

Исходя из наблюдений упомянутых авторов, мы считали целесообразным увеличить суммарную и разовую дозу пенициллина у больных с хронической гонорреей. Все больные

получали пенициллин. Разовую дозу в 50000 ME растворяли в физиологическом растворе и вводили в иглы через каждые 3 часа. Суммарную дозу доводили до 400000 ME. У 16 больных после проведенной пенициллинотерапии гонококки не были обнаружены и наступило стойкое выздоровление, у 4 больных выздоровление не наступило, двое из них были вылечены повторными курсами пенициллина (600000 ME). В двух случаях повторная пенициллинотерапия более высокими дозами препарата оказалась безрезультатной. Клиническая картина осталась без изменений и в слезном отделяемом из уретры были найдены гонококки. Наше наблюдение подтверждает мнение о существовании пенициллино-резистентных штаммов гонококков. О снижении эффективности пенициллинотерапии на почве резистентности гонококка имеются сообщения и отечественной и зарубежной печати. Сперанский сообщает, что из 22 больных, получивших два-три курса пенициллинотерапии, у 20 были получены отрицательные результаты. По сводной французской анкете, охватывающей 2500 больных, излечение у некоторых авторов достигает лишь 68% (при всех формах гонорреи).

Для повышения сопротивляемости организма и борьбы с инфекцией и усиления местной гиперемии, обладающей бактерицидным действием на гонококки и рассасывающим на воспалительный инфильтрат, всем больным с хронической гонорреей предварительно до пенициллинотерапии проводилась местная терапия (инстилляцией раствором серебра, бужирование, массаж, диатермия и т. п.). У части больных мы вынуждены были местную терапию продолжить и ближайшие 10—12 дней после пенициллинотерапии. Для решения вопроса об излеченности гонорреи мы пользовались схемой, рекомендованной Порудоминским, но с более длительным контролем. Наблюдения за больными после окончания лечения мы проводили от 2 до 6 месяцев. Работа проведена на поликлиническом материале.

ВЫВОДЫ

1. Пенициллин является активным препаратом при лечении гонорреи, особенно острой формы ее.
2. Суммарная доза пенициллина при острой гонорреальной инфекции должна быть не менее 200000 ME.
3. При хронической и осложненной гоноррее должны применяться дозы пенициллина—от 200000 до 600000 ME.
4. Однократная доза пенициллина должна быть не менее 50000 ME.
5. Лечение пенициллином острой несложившейся гонорреи

может быть проведено без предварительной активизации организма.

6. При хронической сульфамидорезистентной гоноррее необходимо предварительно до пенициллинотерапии проводить соответствующую местную и иммунотерапию.

7. В случае неуспеха после первого курса лечения, необходимо применять второй и даже третий курс пенициллинотерапии в больших дозах.
